

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PIEL

Né le 19 octobre 1903 à Mortain (Manche)

Ancien Interne de l'Hôpital de Caen

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

DE LA

CAVITÉ UTÉRINE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1929

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PIEL

Né le 19 octobre 1903 à Mortain (Manche)

Ancien Interne de l'Hôpital de Caen

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

DE LA

CAVITÉ UTÉRINE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1929

I. -- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie mède-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique généra les	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
hérapentique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Ferdinand). . . . Pharmacologie.
 METZGER. . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CUNÉO

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre respectueuse gra-
titude pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Docteur A. MORICE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital de Caen

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse.*

*En faible témoignage de notre respec-
tueux attachement et de notre pro-
fonde reconnaissance pour le pré-
cieux enseignement dont il nous a
fait bénéficier depuis quatre ans que
nous travaillons dans son ombre.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN (Internat)

MM. les Professeurs
LECORNU, OSMONT et LAMBERT

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail obligatoirement limité, de faire une étude complète des germes qui peuvent être rencontrés dans la cavité utérine. De nombreux travaux ont déjà été publiés sur ce sujet ; mais la majorité avaient en vue l'étude bactériologique des infections les plus communes de l'utérus et de ses annexes. Cette question semble à peu près au point : on connaît la plupart des germes qui peuvent jouer un rôle dans le développement des métrites et des salpingites ; on en a même tiré des conclusions thérapeutiques intéressantes (dont les résultats sont d'ailleurs encore discutés), telles que des auto-vaccins, des stock-vaccins et des bouillons-vaccins. Le dernier mot n'est d'ailleurs pas dit sur ce sujet ; nous n'entendons pas entrer dans la discussion. L'avenir seul, en augmentant le nombre des observations publiées, montrera quelle est la méthode de traitement la plus favorable.

La plupart des auteurs qui ont discuté sur cette question ont eu en vue le traitement médical des infections génitales de la femme.

Nous nous sommes placé sur un autre terrain. Notre but est de montrer tout l'intérêt que peut présenter pour

le chirurgien l'étude de la bactériologie de la cavité utérine des malades qui doivent subir une intervention chirurgicale. Nous appuyant sur un certain nombre d'observations, nous voulons attirer l'attention sur les avantages pratiques que l'on peut retirer de cette étude, et qui modifient considérablement, à notre avis, les suites opératoires de la chirurgie gynécologique.

Quel que soit, en effet, le degré de perfection atteint actuellement par la technique opératoire moderne, quels que minutieux que soient les soins préopératoires, quelle que soit enfin l'habileté du chirurgien, il n'en reste pas moins inévitable que son bistouri traverse des cavités infectées, sectionne des vaisseaux lymphatiques, du tissu cellulaire, la plupart du temps envahi par les germes de la cavité centrale.

Nous savons que quelques chirurgiens, tenant compte de ces réflexions, se livrent systématiquement dans le cancer du col de l'utérus à la recherche des microbes surajoutés, en vue de faire subir une auto-vaccination à leurs malades avant de procéder à l'hystérectomie totale. Mais nous avons voulu étendre les indications de cette méthode très louable, et nous avons pensé que, même dans les cas où l'infection utérine n'est pas apparente, ou occupe nettement le second plan, le chirurgien doit procéder à l'investigation méthodique de la cavité, non pas seulement du col, mais du corps de l'utérus, avant d'entreprendre une intervention. Il y découvrira souvent des germes dont rien ne permettait de soupçonner la présence, et qui peuvent expliquer,

à notre avis, les surprises post-opératoires que l'on a à déplorer, rarement, mais quelquefois, dans des opérations jugées aseptiques. Nous faisons allusion ici aux interventions gynécologiques les plus courantes : les hystérectomies pour salpingites refroidies, pour fibromes et pour cancers du corps.

La question peut sembler évidente pour la première catégorie, et cependant combien de chirurgiens étudient le degré et la variété de l'infection d'une cavité utérine avant de procéder à l'hystérectomie pour salpingite ?*

L'étude systématique de la bactériologie des fibromes utérins a été préconisée par le Dr Morice (Société de Chirurgie, séance du 30 mars 1927) ; cette étude a été développée dans la thèse de notre collègue et ami le Dr Guy Morin. Ces deux publications avaient pour but la recherche des moyens à employer pour éviter les phlébites post-opératoires, si fréquentes après les hystérectomies pour fibromes. Nous croyons, pour notre part, que le traitement préventif en question peut jouer un rôle appréciable dans la simplification des suites opératoires immédiates.

Quant aux cancers du corps de l'utérus, nous ne croyons pas qu'il y ait beaucoup de chirurgiens qui se préoccupent systématiquement de savoir s'il y a infection secondaire ou non, et cependant nous avons été frappé, dans certaines de nos observations, de l'importance capitale que prend ce facteur dans le pronostic opératoire.

Nous nous proposons donc :

1° De décrire la technique que nous suivons habituellement ;

2° De montrer les avantages de cette méthode dans les principales affections gynécologiques en présence desquelles se trouve le plus fréquemment le chirurgien ;

3° Nous publierons ensuite les observations sur lesquelles repose ce travail.

TECHNIQUE

Nous n'insisterons pas trop longuement sur cette question de la technique des prises de mucus intra-utérin. Le Dr Morice dans sa communication citée plus haut, ainsi que le Dr Morin dans sa thèse ont minutieusement étudié les différentes phases de ce prélèvement. Cependant nous voulons exposer quelques remarques sur des améliorations à cette technique, qui nous paraissent indispensables.

Tout d'abord, il importe de bien insister sur la nécessité d'une asepsie absolue. L'emploi de gants de caoutchouc stérilisés, une stérilisation rigoureuse des instruments et surtout du champ opératoire nous ont permis de pratiquer nos examens avec le maximum de garanties contre les risques d'une inoculation au passage dans le vagin ou le canal cervical. Dans le vagin en effet les micro-organismes foisonnent ; dans le canal cervical, leur présence a longtemps été niée. Récemment encore certains auteurs affirmaient que l'on ne trouvait des microbes « dans la cavité du col utérin que chez les femmes qui avaient subi des examens antérieurs » (Wilt, Stroganoff, Strauss et Sanchez Toledo). Quant à la présence latente sur la muqueuse du corps utérin,

en dehors de toute affection aiguë de celle-ci, de microbes dont la virulence, plus ou moins atténuée, pouvait tout à coup s'exalter : bactériologiquement elle n'avait jamais été démontrée. Certains auteurs, admettant l'existence de microbes sur la muqueuse intra-cervicale, en niaient la possibilité sur la muqueuse du corps ; on lit dans Winter (« Die Mikroorganismen in Genitalcanal des Gesunden Frau ». Zeitschrift für geh. und gyn., 1888) : « On trouve à tout âge, dans les conditions normales même chez des vierges, des microbes sur toute la surface du vagin et sur la muqueuse intra-cervicale ; seules la muqueuse de l'utérus et celle des trompes seraient stériles ».

Pour étudier l'état bactériologique de la cavité utérine, nous avons pensé à prélever du mucus utérin à l'aide de longues pipettes introduites le plus profondément possible dans cette cavité. Les détails en furent donnés à la Société de Chirurgie par le Dr Morice. D'ailleurs une technique semblable est habituellement employée pour les prises de mucus vaginal, en vue de la recherche du gonocoque par exemple. Elle a même été employée au niveau du canal cervical par le Dr J. Duvergey, qui la pratiqua chez des femmes présentant « des phlébites au cours de l'évolution de fibromes utérins » (*Revue de Chirurgie*, XLVII). Mais le fait d'introduire profondément dans la cavité utérine de longues pipettes en verre nous semble actuellement capable de provoquer certains incidents : la pipette peut se casser une fois introduite. Sur les examens que nous avons pratiqués, cela ne nous est arrivé que trois ou quatre

fois ; et, dans ces cas, la pipette s'est brisée au ras du col ; il a été très facile de retirer l'extrémité rompue avec une pince-longue.

Pour parer à cet inconvénient nous avons fait fabriquer une pipette métallique : c'était une sorte d'hystéromètre creux. Comme pour nos pipettes en verre, après désinfection soignée du vagin et du col, nous recherchions avec un hystéromètre de Valleix ordinaire les différentes courbures de notre cavité ; puis nous donnions ensuite à notre pipette métallique les mêmes inclinaisons pour faciliter son passage. Nous avons remarqué que les prises étaient plus difficiles ; de plus, avec une pipette en verre, il est commode d'en pouvoir sceller à la lampe l'extrémité effilée pour la porter ensuite au Laboratoire. Avec une pipette métallique cela devient très malaisé ; l'on est obligé d'avoir, auprès de soi, des bouillons de culture pour faire l'ensemencement immédiat. D'où difficulté technique, car matériel trop encombrant.

Nous en sommes venu à penser que l'instrument le plus utile serait une toute petite curette montée à l'extrémité d'un hystéromètre, c'est-à-dire à long manche fin et souple. Nous faisons un très léger râclage de la muqueuse du corps, en un ou deux points voisins du fond, de préférence dans les cornes, nous déposons les débris dans un tube stérile et l'on porte au Laboratoire pour l'ensemencement.

Nous voulons aussi insister sur ce fait qu'il ne faut pas laisser s'écouler un trop grand laps de temps entre le prélèvement et l'ensemencement. En effet les microbes

que l'on recherche sont, sauf de rares cas (observation n° 49), à virulence atténuée puisqu'ils poussent plus lentement que des microbes normaux : streptocoque normal en 24 heures, streptocoque trouvé généralement dans nos mucus utérins en trois à huit jours. Leur résistance à l'air extérieur est également beaucoup moins grande ; le refroidissement ou le dessèchement peuvent empêcher leur reproduction sur culture.

Enfin pour l'identification du microbe, nous croyons qu'il y a avantage à ce que l'ensemencement soit fait sur bouillon ou gélose ascite et gélose biliée. Le microbe le plus à redouter est en effet le streptocoque ; pour le différencier de l'entérocoque, souvent très voisin au point de vue culture on emploie des milieux biliés : l'entérocoque y pousse, mais pas le streptocoque.

Ayant ainsi rappelé les phases les plus importantes de notre technique de manipulation, voyons maintenant les avantages de notre méthode dans les affections gynécologiques les plus courantes que nous avons eu l'occasion d'étudier : les salpingo-ovarites refroidies, les fibromes et les cancers du corps.

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES

La salpingo-ovarite chronique est incontestablement l'affection la plus fréquente que rencontre le gynécologue. Après être passé par une période d'intervention radicale à outrance, il semble que le traitement entre actuellement dans une voie plus éclectique. On s'efforce de plus en plus de pratiquer un traitement conservateur. Le traitement dit médical, pratiqué depuis plusieurs années et consistant en : repos prolongé, injections vaginales chaudes, bains tièdes, traitement hydro-minéral, air chaud, avait déjà donné des résultats appréciables. On y a adjoint plus récemment la vaccinothérapie anti-gonococcique. Les résultats de cette vaccination ne sont pas ceux qu'on en attendait. Une des principales raisons des échecs enregistrés semble résider dans ce fait que si le gonocoque est très fréquemment à la base de la plupart des salpingites aiguës, il s'adjoint assez rapidement d'autres microbes pour passer lui-même au second plan.

Quoi qu'il en soit et en admettant les résultats non douteux enregistrés à l'actif du traitement médical, il est certain que beaucoup de salpingo-ovarites chroniques, pour des raisons diverses, ne peuvent être

traitées médicalement. Elles échouent entre les mains du chirurgien. Celui-ci, suivant les cas, posera l'indication d'un traitement chirurgical conservateur, ou d'une exérèse. Dans les deux cas, nous pensons qu'il aura intérêt à connaître, avant l'intervention, la nature microbienne de l'infection. Cette méthode semble surtout indispensable dans les interventions conservatrices, salpingotomies, salpingostomies ou salpingectomies partielles puisqu'on laisse en place des organes encore suspects d'infection. Mais nos études nous ont permis de reconnaître l'utilité de ces recherches dans les cas où une intervention même radicale a été décidée. L'hystérectomie subtotale est pratiquée le plus souvent chez des femmes encore jeunes, l'opérateur fera donc tous ses efforts pour conserver un ou deux ovaires ; pour cela il pratiquera des décollements, incisera des tissus plus ou moins infectés, pratiquant des ligatures nombreuses, laissant des surfaces cruentées ; mais, dans tous les cas, il sectionnera d'un bout à l'autre les deux ligaments larges, et son bistouri traversera l'isthme utérin. Il est inutile de souligner l'importance de ce dernier temps de l'hystérectomie subtotale.

De tout temps, les chirurgiens ont pris des précautions pour éviter la souillure du champ opératoire : garnissage, thermo-cautérisation de la lumière utérine, etc. ; malgré les plus grands soins, une légère faute de technique peut être commise. Dans la plupart des cas, elle n'entraînera qu'une faible réaction post-opératoire : légère élévation thermique, symptômes péritonéaux fugaces. Cependant on sait les surprises dramatiques,

heureusement rares, dont tout chirurgien, ayant déjà une longue expérience et si soigneux qu'il soit, a conservé le souvenir. L'intervention s'est passée aussi normalement que possible chez une malade absolument apyrétique et n'accusant plus aucune douleur, ni à la palpation abdominale, ni au toucher vaginal. Il n'y avait même que peu ou pas d'adhérences. La péritonisation a été effectuée d'une façon aussi satisfaisante que possible et, naturellement, on a fermé la paroi sans drainer. Dès le lendemain la température a monté, accompagnée d'un pouls très rapide, oligurie, puis apparition d'un ballonnement très douloureux, et vomissements, pas d'émission de gaz. Dans ces cas, la malade meurt de péritonite suraiguë en cinq ou six jours. Une autre éventualité peut se produire : la malade est emportée, plus rapidement encore, au milieu de symptômes de septico-toxémie sans apparition de symptômes péritonéaux.

Mais en admettant qu'il n'y ait jamais de dissémination de l'infection dans la cavité utérine au cours de l'ouverture de celle-ci, il n'en reste pas moins, et nous revenons sur ce détail, que le bistouri sectionnant le ligament large, ouvre les lymphatiques que celui-ci contient en grand nombre. Or ceux-ci sont toujours infectés, et en particulier dans les cas de salpingo-ovarites chroniques succédant à une métrite post-partum ou surtout post-abortionum, il semble admis que le germe en cause, le plus souvent le streptocoque, traverse les parois utérines, suit les canaux lymphatiques para-utérins puis utéro-ovariens pour atteindre les trompes. En ouvrant

la lumière de ces canaux au milieu du tissu celluleux du ligament large, c'est donc un véritable ensemencement que fait le bistouri. Le microbe ayant déterminé l'infection de la cavité tubaire étant pratiquement celui qui a commencé par infecter la cavité utérine, il semble logique d'aller le rechercher en ce dernier point. Si on a la chance de le saisir, on pourra identifier la nature de l'affection, son degré de virulence et, grâce aux cultures, pratiquer une auto-vaccination suivant la technique que nous avons décrite.

Nous admettons que dans les cas où la malade a été bien préparée, quand on ne l'opère qu'après une longue période apyrétique, cette précaution pourra paraître superflue. Mais elle permettra de diminuer le nombre des surprises tragiques dont nous venons de parler. Et dans tous les cas, cette méthode nous a paru simplifier considérablement les suites opératoires.

FIBROMES

Nous n'avons pas l'intention de reprendre complètement la question de l'infection latente de la muqueuse utérine au cours des fibromes ni des déductions thérapeutiques qu'elle entraîne. La communication du Dr Morice à la Société de chirurgie du 30 mars 1927 et la thèse du Dr Morin, ont attiré l'attention sur ces faits.

Mais nous tenons à revenir et à insister sur certains points que de nouvelles observations nous ont permis de préciser.

La plupart des auteurs, et en particulier les auteurs allemands : Winter, Wertheim, Doderlein, affirment que la muqueuse du corps de l'utérus fibromateux est aseptique. Le Dr Morice a montré qu'en usant d'une technique spéciale on pouvait déceler la présence de germes latents dans la cavité utérine de fibromes ne présentant apparemment aucun symptôme d'infection.

MM. Duvergey et Picou ont signalé la présence dans des phlébites suppurées survenant au cours de l'évolution de fibromes utérins d'un germe identique à celui qu'ils avaient trouvé dans l'écoulement purulent du col d'utérus fibromateux infectés. Cette remarque est extrêmement intéressante puisqu'elle appuie notre opi

nion de l'origine utérine de la plupart des phlébites survenant à la suite des hystérectomies pour fibromes ; mais elle est en dehors de la question que nous traitons, à savoir l'existence de germes microbiens dans la cavité utérine de fibromes apparemment non infectés.

Dans la majorité des cas sur lesquels repose ce travail, il n'y avait en effet aucune leucorrhée, et d'autre part nous avons procédé à un nettoyage de la cavité du col pour pratiquer le prélèvement dans la cavité même du corps et c'est en grattant avec notre pipette la muqueuse que nous avons aspiré le mucus et le sang qui ont fait l'objet desensemencements.

L'infection est, d'ailleurs, il faut insister sur ce point, toujours difficile à mettre en évidence. Dans de nombreux cas, nous avons dû faire deux ou trois prélèvements. Dans une de nos observations même, quatre prélèvements ayant été négatifs, le Dr Morice décida l'intervention. L'utérus déposé après l'hystérectomie dans un plateau stérilisé nous avons pratiqué l'ouverture de la cavité utérine etensemencé le produit du râclage de celle-ci, au niveau des cornes. Nous avons eu la surprise de voir pousser des colonies de streptocoque pur. Cette observation (n° 28) montre bien qu'il ne faut pas conclure à la non-septicité d'un utérus fibromateux du fait de plusieurs prélèvements négatifs ; on peut affirmer que l'on obtiendrait plus de résultats positifs, comme nous le disions dans notre chapitre de Technique, en pratiquant le prélèvement, non pas seulement avec une pipette, mais par râclage avec une petite cuvette.

Dans le cas que nous venons de citer s'est produit un fait extrêmement intéressant. Au septième jour après l'intervention, avec une légère élévation thermique, apparut un peu d'œdème au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe gauche en même temps que la malade accusait un engourdissement du mollet. Nous avons aussitôt pratiqué des injections du vaccin provenant des cultures faites au cours de l'opération, et nous avons eu la satisfaction de voir la température et l'œdème disparaître en 6 jours. Nous signalons ce fait, sans en tirer encore de conclusions. Notre expérience ne nous permet de parler que des résultats obtenus par la vaccination pré-opératoire.

A propos de l'infection latente des fibromes, nous tenons aussi à exprimer notre opinion sur les rapports fréquents de cette infection avec les ménorragies ou les métrorragies. Nous ne pouvons nier le rôle possible joué par la sécrétion ovarienne.

Mais il nous est arrivé fréquemment de pratiquer une désinfection soigneuse de la cavité utérine quelques jours avant l'hystérectomie, et nous avons toujours constaté, pour notre part, que cette manœuvre arrêtait les hémorragies.

CANCERS DU CORPS UTÉRIN

Notre expérience ne repose pas sur un grand nombre de cas, mais ceux que nous avons étudiés ont été si nets que nous tenons à signaler les réflexions qu'ils nous ont imposées.

De même que pour les hystérectomies pour salpingites, on ne recherche pas d'ordinaire l'existence d'une infection éventuelle de la cavité utérine dans un cancer du corps, surtout si celui-ci ne s'accompagne pas de pertes blanches abondantes.

Dans un premier cas, une malade, atteinte de cancer du corps, sans lésions infectieuses nettes, subit une hystérectomie totale après préparation vaginale soignée. Intervention facile et rapide. L'utérus enlevé est ouvert. Le produit de râclage de la muqueuse est envoyé au laboratoire. Le lendemain, les bouillons de culture sont envahis par des colonies extrêmement nombreuses qui, examinées au microscope, sont reconnues formées par du streptocoque en longues chaînettes. Sans aucune réaction péritonéale, la température monte, le pouls devient extrêmement rapide et la malade meurt au quatrième jour présentant tous les symptômes d'une septicémie puerpérale suraiguë (obs. 49).

Le même jour, avait été opérée une autre malade, de la même affection ; même intervention. Prélèvement de mucus utérin, suivant la même méthode. Les cultures restent stériles. Les suites opératoires ont été de la plus grande simplicité.

Forts de cette expérience, dans cinq autres cas depuis, nous avons pratiqué des prélèvements avant hystérectomie totale. Dans les cinq cas, les cultures ont donné naissance à des colonies de streptocoques. Nous avons pratiqué une auto-vaccination pré-opératoire. L'intervention a eu lieu après trois semaines dans un cas, un mois dans d'autres. L'une de ces opérations avait présenté des difficultés assez considérables : femme grasse, adhérences à la vessie, utérus difficile à extérioriser. La malade assez shockée nous donnait quelque inquiétude. Nous avons prélevé après intervention, comme nous faisons toujours, du mucus dans la cavité du corps utérin ; la culture, cette fois, resta négative, comme dans l'autre cas, et nos malades guérissent parfaitement (obs. nos 48 et 51 à 54). Il semble bien que l'auto-vaccination, qui a été le seul procédé de stérilisation utérine employé avant l'intervention, ait donné un résultat aussi complet que possible.

Donc nous nous sommes trouvé en présence de trois cas différents :

Un cancer du corps, infecté d'une façon latente et non vacciné, se terminant par une septicémie mortelle ;

Un cancer du corps ne présentant aucune infection secondaire, et dont l'opération fut aussi bénigne que possible ;

Quelques autres cas, infectés par le streptocoque, mais opérés après auto-vaccination, avec des suites opératoires aussi favorables que possible, et dues à ce détail, capital à notre avis, que la muqueuse utérine était stérile au moment de l'intervention.

Ces observations sont assez peu nombreuses il est vrai, mais elles nous semblent assez typiques pour nous autoriser à affirmer qu'en prenant les précautions que nous avons indiquées, avant de pratiquer une hystérectomie pour cancer du corps, on mettra de son côté toutes les chances pour éviter les conséquences d'une infection secondaire que bien souvent aucun symptôme n'aura révélé.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (A. MORICE). — Madame Louise, L..., 36 ans.

Vient consulter pour la première fois, le 26 juillet 1926, pour pertes blanches, n'empesant pas le linge, douleurs sourdes dans tout le bas-ventre, depuis environ deux ans. Depuis un mois brûlures en urinant pendant toute la durée de la miction. Aucun passé génital : ni enfant, ni fausses-couches. Règles très abondantes, toujours en avance de 3 à 4 jours, et très douloureuses. Habituellement constipée. Au toucher : utérus en antéversion, légèrement douloureux mais mobile, un peu augmenté de volume, pas de dégénérescence fibromateuse. Annexes légèrement sensibles, la gauche surtout.

Nous conseillons du repos et lui formulons un traitement par injections matin et soir.

La malade quitte la région ; nous ne la revoyons que le 23 août 1927. Elle a été presque continuellement en voyage et nous avoue qu'il lui a été très difficile de pratiquer régulièrement notre traitement. Les règles sont de plus en plus douloureuses. En quelques jours, par des injections biquotidiennes, les pertes diminuent d'abondance ; elles ont presque complètement disparu le 29 septembre. Ce jour là, après une désinfection soigneuse du vagin et du col à l'aide d'un tampon à l'alcool, nous faisons un prélèvement intra-utérin, en pénétrant jusqu'au fond de l'utérus ; nous sommes obligé d'ailleurs de faire une dilatation aux

bougies d'Hégar jusqu'au n° 8, car le col bien que perméable ne laisserait pas passer la pipette. En 4 jours, le 3 octobre la culture est positive au streptocoque pur. On fait faire un auto-vaccin titré à 100 millions de germes par cm³.

1^{re} injection hypodermique le 5 octobre : 1/4 de cc. Le lendemain 6, température le matin : 37; le soir 37,2. Aucune réaction locale, ni générale. Le 7 octobre 37,1 ; 2^e injection : 1/2 cc. ; aucune réaction. Puis 3^e injection 3/4 cc. le 9 octobre et 4^e : 1 cc. le 11 octobre. Nous continuons à pratiquer une injection sous-cutanée de 1 cc. tous les 2 jours pendant 3 semaines. Jamais nous n'avons eu à constater d'élévation thermique. Intervention le 3 novembre 1927. Utérus assez gros, antéfléchi ; trompes augmentées de volume, surtout la gauche. Hystérectomie subtotale rendue très difficile par des adhérences résistantes avec les organes voisins. Conservation de l'ovaire droit. Le soir 37,8. Le lendemain 37,9 et 38,2. Le second jour 37,9 puis 37,7. Le 3^e jour 36,9 et 37,2. La température se stabilise autour de 37. Suites excellentes malgré le gros délabrement opératoire. Sortie le 20^e jour.

Obs. II. (A. MORICE). — Mme Marie L... 28 ans.

Vient consulter pour la première fois le 17 octobre 1927. Mariée, sans enfants ; pas de fausses couches. Opérée l'année précédente dans un hôpital parisien pour appendicite et salpingite droite. Amélioration notable. Puis il y a une quinzaine de jours, au début d'octobre elle a commencé à ressentir une douleur sourde dans le bas ventre, à gauche. Pertes abondantes ; douleurs en urinant, surtout à la fin de la miction. Au toucher : pas de vaginite mais trompe gauche douloureuse ; rien à droite. On prescrit des injections matin et soir. Amélioration légère. Le 2 novembre prise de mucus utérin et ensemencement sur gélose. Le 6, culture de streptocoque pur. Le 7, 1^{re} injection hypodermique de 1/4 de cc. d'auto-vaccin. Aucune réaction fé-

brile. On continue ainsi tous les deux jours en augmentant la dose de 1/4 de cc. jusqu'à 1 cc. que l'on maintient. Arrêt le 1^{er} décembre. Intervention le 2 : la trompe gauche assez volumineuse ainsi que l'utérus sont réunis par des adhérences aux organes voisins. Hystérectomie subtotal. On conserve l'ovaire gauche.

Le soir 37°8. Le lendemain 37°9 puis 38°1. Le 2^e jour 37°2 et 37°5 ; le 3^e 37 et 37°3. Les jours suivants la température oscille autour de 37. Suites opératoires excellentes : aucune complication locale ni générale. Sortie le 23 décembre.

Obs. III. (A. MORICE). — Mme Hélène S., 32 ans.

Vient consulter le 12 octobre 1926. Pertes blanches depuis plusieurs mois ; règles douloureuses. La malade est d'ailleurs actuellement dans sa période menstruelle : elle a les yeux cernés avec des taches sur le visage ressemblant à celles d'un masque de grossesse. Elle nous affirme qu'elle présente ces mêmes signes à l'occasion de chacune de ses époques. En même temps, pesanteur dans le petit bassin. On constate également de l'œdème du cou-de-pied gauche dont la circonférence est beaucoup plus élevée que de l'autre côté. Cette malade nous dit que toujours au moment de ses règles elle fait un peu de phlébite à gauche. Nous l'examinons quelques jours après la fin de ses règles : au toucher, on sent les trompes volumineuses des deux côtés, un utérus un peu gros et douloureux à la mobilisation. Après un premier traitement par injections, nous faisons un prélèvement de mucus utérin ; réponse le 24 novembre : présence de streptocoques, on fait une série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Amélioration sensible de l'état des jambes. Nous refaisons un 2^e prélèvement le 16 janvier ; réponse le 21 : présence de streptocoques en culture. Nouvelle série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Les taches du visage qui accompagnaient les règles ne sont plus reparues ; la jambe gauche est presque de la même dimension que la droite. La malade se repose

plusieurs semaines, puis refait une nouvelle série d'auto-vaccin le 24 mai. Repos plusieurs mois. Le 3 octobre on fait une dernière série d'ampoules d'auto-vaccin; la jambe gauche est redevenue normale. Une prise de mucus le 4 novembre est négative; le 15 novembre, hystérectomie subtotale avec conservation de l'ovaire droit. Suites opératoires absolument apyrétiques. La malade sort le 8 décembre 1927.

Nous l'avons revue souvent depuis, et elle nous a affirmé ne jamais avoir eu à nouveau de poussées inflammatoires dans les jambes.

Obs. IV. (A. MORICE). — Mme Berthe V., 43 ans.

Vient consulter pour la première fois le 27 décembre 1926. Se plaint de pertes blanches; depuis son mariage, douleurs sourdes dans tout le bas ventre avec crises douloureuses surtout en dehors des règles. Aucun passé génital: ni enfant, ni fausses couches. Pas constipée; selles molles, pâteuses, fétides. Examen: douleur au point appendiculaire. Toucher vaginal: culs de-sacs douloureux surtout le gauche. On sent nettement au toucher une petite masse douloureuse de chaque côté de l'utérus, celle de gauche est un peu plus volumineuse. Pas de rétroversion. En résumé: appendicite chronique avec salpingite surtout gauche. Nous lui conseillons le repos et lui formulons également un traitement par injections acides le matin et alcalines le soir. Puis elle entre à l'hôpital le 17 mars 1927. Etat local toujours le même; pertes cependant beaucoup moindres. Intervention le 21 mars. Utérus un peu gros, les 2 trompes sont augmentées de volume surtout la gauche. Adhérences nombreuses avec les parois et notamment à droite avec l'appendice. Hystérectomie subtotale; on dépose l'utérus dans un bassin stérile pour examen ultérieur. Appendicectomie. Après l'intervention on ouvre l'utérus par une incision longitudinale de la face antérieure. Avec un bistouri stérile on râcle la muqueuse au niveau du corps utérin et surtout dans

les cornes ; on aspire ensuite avec une pipette la « bouillie » ainsi obtenue et on l'envoie au Laboratoire pour culture. Le soir température 38°3 ; les jours suivants elle monte même à 38°7. La réponse du Laboratoire nous revient 6 jours après : culture de streptocoque pur. Or quelques jours après, le 9^e jour après l'opération, un matin la malade se réveille avec des lourdeurs dans la jambe gauche ; elle prévient l'interne qui constate de la phlébite gauche avec œdème du membre inférieur, empatement au niveau de la saphène en même temps qu'une élévation de température locale et générale : celle-ci est de 38°9. On immobilise le membre et on fait faire d'urgence un auto-vaccin avec le streptocoque trouvé dans le mucus utérin. On commence le 2 avril une série d'injections de cet auto-vaccin à raison d'une ampoule tous les 2 jours. Le 10 avril après la 5^e piqûre la jambe commence à désenfler ; mais l'amélioration est très lente. On arrête le 5 mai. Le 15 on recommence une série de 15 ampoules, la jambe revient à son état normal. Toute réaction disparaît et la malade peut sortir le 4 juillet.

Obs. V. (A. MORICE). — Mme Cécile T..., 34 ans.

Vient consulter le 10 octobre 1927. Opérée déjà par le Dr Morice en décembre 1925 : appendicectomie et hystéropexie pour douleurs dans le bas-ventre à l'occasion des règles, au point de provoquer une syncope. Suites opératoires normales ; a été très améliorée par l'opération. Elle a notamment repris du poids, pesant de 41 à 54 kilos. A recommencé à souffrir il y a 1 mois : douleurs dans le bas-ventre de chaque côté de la ligne médiane Pertes blanches peu marquées. Légèrement constipée. Examen : toucher vaginal douloureux ; les culs-de sacs le sont également, le gauche surtout qui est un peu empâté. Nous conseillons des injections bi-quotidiennes acides le matin, alcalines le soir. Nous revoyons cette malade quelque temps après. Pertes blanches ont presque disparu ; les dou-

leurs persistent. Après un nettoyage rigoureux de la cavité vaginale nous pratiquons une prise de mucus utérin, selon la technique dont nous avons donné la description plus haut. Six jours après le Laboratoire nous répond : culture de streptocoques ; nous faisons faire un auto-vaccin avec cette culture. Nous commençons une série de 15 ampoules à raison d'une tous les 2 jours. Intervention le 4 janvier 1928. On trouve les 2 trompes augmentées de volume et difformes : l'ovaire gauche est kystique Hystérectomie subtotale ; on laisse l'ovaire droit. Suites opératoires normales ; la température ne dépasse pas 37°8. Sortie le 20^e jour.

Obs. VI. (A. MORICE). — Mme N., 43 ans.

Vient consulter le 23 septembre 1927. Se plaint d'hémorragies abondantes se produisant dans l'intervalle de ses règles depuis quelques mois. Ses dernières règles deviennent douloureuses. De plus, pertes blanches abondantes ; elle ressent une pesanteur dans tout le bas-ventre. Malade affaiblie, état général défectueux. Dans ses antécédents il y a lieu de signaler trois accouchements, dont deux suivis de phlébites. Au toucher vaginal combiné au palper abdominal on sent un utérus fibromateux, le col est dévié vers la gauche. Les culs-de-sac sont facilement explorés et cela ne réveille aucune douleur. On pense à un fibrome. On conseille pendant quelque temps les injections bi-quotidiennes pour diminuer les pertes blanches. Quelques semaines après, le 25 octobre, la leucorrhée a presque disparu ; les autres signes généraux et locaux sont persistants, avec même une légère augmentation de volume de l'utérus. Ce jour là, après nettoyage soigné du vagin et de l'orifice externe du col, nous faisons une prise de mucus intra-utérine. Cinq jours après, la réponse nous revient du Laboratoire : culture de streptocoque pur. Pour plus de sécurité nous faisons une 2^e prise de mucus le 10 novembre : la réponse revient identique. Mais la malade semblant très affaiblie sans faire de vaccination

nous décidons la malade à entrer en clinique le 23 novembre. Le soir même température 37°7 ; le lendemain 36°8 mais le surlendemain 25 novembre 37°7. Voyant cette température subfébrile nous faisons le 26 une 1^{re} injection de 1/2 cc. d'autovaccin ; le soir 37°1, pas d'autre réaction ; le lendemain 37°4. Le 28, on fait 1 cc ; puis le 30 encore 1 cc. La température ne dépassant pas 37°3, on pratique l'intervention le 1^{er} décembre. Utérus fibromateux assez gros. Hystérectomie subtotal. Le soir 37°8. Le lendemain 38°1 puis 38°4. La température reste stationnaire 2 jours puis le 4^e jour reprend une progression croissante pour arriver le soir du 6^e jour à 39°3. Ce jour-là on constate un peu d'œdème de la jambe gauche, de l'empâtement du cordon veineux de la saphène. Localement l'abdomen est souple et sans réactions douloureuses. Voyant ce début de phlébite on pratique le soir même une injection de 1 cc. d'auto-vaccin. Le lendemain 7^e jour, la température est de 38 et 38°5. Le 8^e jour on refait 1 cc. d'auto-vaccin ; le soir 38°3. On continue ainsi les injections d'auto-vaccin à raison de 1 cc. tous les 2 jours. La température continue à baisser progressivement en dix jours pour se maintenir à dater du 17^e jour aux environs de 36°8-37°3. Localement l'œdème a diminué, l'empâtement disparaît et la malade sort complètement remise le 31 décembre.

Obs. VII (A. MORICE). — Mme C..., 39 ans.

Vue pour la première fois le 4 février 1928. Pertes blanches abondantes ; crises douloureuses dans le bas-ventre des deux côtés avec prédominance à droite. Douleurs plus violentes au moment de ses règles, l'obligeant à rester couchée. Pas de température. Ordinairement constipée. Antécédents : 2 enfants ; après la naissance du second, elle aurait eu une phlébite. Examen : col déformé et globuleux, culs-de-sacs se déprimant mal et empâtés. La pression à ce niveau réveille des douleurs et provoque de la défense musculaire. Point de Mac Burney sensible. Diagnostic : salpingite bilatérale

avec appendicite chronique. On donne à la malade un traitement par injections bi-quotidiennes. Les pertes blanches diminuent. Le 6 mars on fait un prélèvement de mucus utérin qui,ensemencé, révèle la présence de streptocoques. On fait faire un auto-vaccin et l'on en fait une injection hypodermique tous les 2 jours. On arrête cette vaccination après la 15^e piqûre. Opération le 16 avril : on trouve les 2 trompes hypertrophiées, adhérentes; les ovaires sont scléro-kystiques et rétro-labées. Hystérectomie subtotale. Appendicectomie. Après l'intervention on râcle la muqueuse de l'utérus enlevé et onensemence avec le produit de râclage des tubes de gélose : il ne pousse rien. Par ailleurs les suites opératoires furent très normales. Aucune élévation de température. Aucune alerte du côté des membres inférieurs, malgré l'existence d'une phlébite dans les antécédents. La malade sort guérie le 12^e jour.

Obs. VIII (A. MORICE). — Mme V..., 44 ans.

Se présente à la consultation du 17 mai 1927 pour des douleurs dans les jambes et quelques pertes blanches. Ses jambes sont douloureuses depuis son premier accouchement; elle eut, dans les jours qui suivirent, une phlébite de la jambe gauche. Ses deux autres accouchements furent également suivis de phlébite. Et depuis lors, à l'occasion d'une fatigue quelconque, au moment de ses règles par exemple, ou même parfois sans cause, elle fait un peu de fièvre, ses jambes s'œdématisent et deviennent douloureuses. C'est également depuis cette époque qu'elle a remarqué quelques pertes blanches et une pesanteur plus marquée à l'approche de ses règles. Au toucher : col légèrement globuleux, cul-de-sacs un peu douloureux à la pression. L'examen de ses jambes révèle un léger œdème sus-malléolaire et un empâtement du cordon veineux de toute la jambe. Pas d'albumine dans les urines. Après l'application d'un traitement par injections matin et soir et quelques semaines de repos, nous

faisons un prélèvement de mucus utérin le 25 juin. On obtient en culture du streptocoque. On fait une première série de 15 injections hypodermiques d'auto-vaccin à raison d'une ampoule tous les 2 jours. Le 30 juillet nous faisons un nouveau prélèvement. Cette fois encore, présence de streptocoques. On recommence une nouvelle série de 15 injections hypodermiques d'auto-vaccin; cette fois, le prélèvement pratiqué le 8 septembre ne décèle rien à la culture. D'ailleurs la malade n'a plus de crises douloureuses dans les jambes, l'œdème a disparu ainsi que l'empâtement péri-veineux. Intervention le 15 septembre : ablation de l'utérus, des 2 trompes et de l'ovaire gauche scléreux. Suites opératoires normales. Aucune réaction locale ni générale ; aucun œdème des membres inférieurs. La malade sort guérie le 28 septembre. Nous l'avons revue le 14 février dernier : elle n'a plus eu à se plaindre de ses jambes.

Obs. IX (A. MORICE). — Mme M..., 39 ans.

Vue à la consultation le 9 juillet 1927. Pertes blanches, douleurs dans le bas-ventre, plus marquées à droite et surtout au moment des règles. Celles-ci sont si douloureuses que la malade doit rester couchée du début jusqu'à la fin. Dysurie ; un peu constipée. Antécédents : 2 accouchements sans suites pathologiques. Au toucher : points douloureux dans les 2 culs-de-sacs, surtout le droit. Point de Mac Burney un peu douloureux. On fait un prélèvement de mucus utérin, après une asepsie soigneuse du vagin et du col. En culture ce mucus donne des colonies de streptocoque en 5 jours. On fait un auto-vaccin et l'on pratique une série de 15 injections hypodermiques de ce vaccin à raison d'une tous les 2 jours. Intervention le 17 août : nombreuses adhérences dans tout le petit bassin ; hystérectomie subtotale avec ablation des 2 trompes et de l'ovaire droit ; conservation de l'ovaire gauche. Appendicectomie. Les suites opératoires furent très nor-

males ; aucune élévation de température ; aucune réaction douloureuse.

Obs. X (A. MORICE). — Mme R..., 37 ans.

Se présente à la consultation le 15 octobre 1927 : pertes blanches, crises douloureuses dans le bas-ventre, sensation de pesanteur continuelle. Règles irrégulières et douloureuses. Dysurie. Amaigrissement : asthénie. On trouve au toucher un col déchiré, globuleux et légèrement ramolli ; l'exploration des culs-de-sacs provoque de la défense musculaire. Antécédents : cette femme a eu une fausse-couche et 2 accouchements ; à la suite de son dernier accouchement elle a eu une phlébite de la jambe gauche. On lui fait, ce même jour, une prise de mucus intra-utérine, que l'on envoie au Laboratoire. Réponse 4 jours après : présence de streptocoque en culture. On fait une première série d'injections hypodermiques d'auto-vaccin, à raison d'une ampoule tous les 2 jours. Après la 15^e on fait un nouveau prélèvement ; celui-ci renfermant encore du streptocoque on continue une 2^e série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Intervention le 22 décembre : on trouve les 2 trompes hypertrophiées, l'ovaire droit kystique et de nombreuses adhérences avec l'appendice. Hystérectomie subtotale ; conservation de l'ovaire gauche ; appendicectomie. Le râclage de la muqueuse utérine après l'opération ne décèle en culture aucun microbe. Suites opératoires très normales. La malade sort guérie le 16^e jour.

Obs. XI (A. MORICE). — Madame R..., 34 ans.

Depuis une fausse-couche il y a 2 ans, la malade, que l'on voit à la consultation du 7 février 1928, se plaint de douleurs dans le bas-ventre et les reins au moment de ses règles ; celles-ci sont cependant normales comme durée et abondance. Elle a, de plus, quelques pertes blanches depuis cette date. Au toucher : on sent dans les culs-de-sacs les annexes hypertrophiées, surtout à gauche ; l'utérus est difficilement

mobilisable. On fait, ce même jour, une prise de mucus utérin ; 5 jours après, la réponse nous revient : présence de streptocoques en culture. On fait une série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Un nouveau prélèvement de contrôle le 17 mars révélant encore du streptocoque, on refait une 2^e série de 15 ampoules. Opération le 23 avril. Nombreuses adhérences dans le petit bassin ; hystérectomie subtotale pour salpingite bilatérale plus marquée à gauche. Un nouveau prélèvement de mucus effectué sur l'utérus enlevé et incisé reste négatif au point de vue microbien. Suites opératoires normales. Aucune réaction fébrile. Sortie le 15^e jour.

Obs. XII (A. MORICE). — Madame G..., 38 ans.

Vient consulter le 5 juin 1927. Métrorragies intermittentes, parfois très abondantes, depuis 3 mois. Légère augmentation de volume du ventre. Quelques pertes blanches. Antécédents : 2 enfants, suites normales ; pas de fausses couches. Toucher : col légèrement dévié vers la droite, cul-de-sac droit souple ; mais à gauche on sent une petite tumeur dure, arrondie, qui semble faire corps avec l'utérus, sans sillon de séparation. La malade se plaignant de fièvre le soir, on la met en observation à la clinique le 7 juin ; on constate en effet tous les soirs une légère poussée thermique vers 37°8 et même 38°2. On pratique un prélèvement intra-utérin et on envoie le résultat au laboratoire pour culture. La malade est renvoyée chez elle le 14 juin ; réponse du Laboratoire : culture de streptocoque en 5 jours. On fait faire des ampoules d'auto-vaccin et on pratique une série de 12 injections de cet auto-vaccin à raison d'une tous les 2 jours. La température après la 4^e injection est retombée à la normale. La vaccination étant (sans contrôle) jugée suffisante on opère la malade le 28 juillet : on trouve un petit fibrome, de la grosseur d'une mandarine, inclus dans le ligament large gauche. Hystérectomie subtotale. Après l'intervention on incise l'utérus sur une ligne verticale au milieu

de sa face antérieure ; on gratte la muqueuse du corps et des cornes et le produit est envoyé au Laboratoire pour culture. Le soir de l'opération : 37°4. Le lendemain 37°4 puis 37°8, et la température monte ainsi progressivement pour atteindre dès le 3^e jour 38°3. Aucun signe local ni à l'abdomen qui est souple, ni au niveau des membres inférieurs. Voyant cela et sans attendre la réponse du Laboratoire on refait de l'auto-vaccin en recommençant à 1/2 cc., puis tous les 2 jours 1 cc. Le 5^e jour la température est redescendue à 37° et 37°2. La réponse du Laboratoire nous parvient : culture de streptocoques en 5 jours. On continue ainsi la vaccination pendant 14 jours. La température n'a pas dépassé 37°2 et se maintient entre 36°4 et 36°7. La malade sort guérie le 15^e jour.

Il semble qu'elle ait fait là une sorte d'infection générale larvée à streptocoques, qui a été heureusement jugulée par le vaccin : la vaccination n'avait pas été poussée assez longtemps. C'est à la suite de ce cas que, systématiquement, nous avons dorénavant contrôlé l'asepsie de la cavité utérine après une série de vaccinations.

Obs. XIII (A. MORICE). — Mme L..., 48 ans.

Se présente à la consultation le 12 septembre 1927. Se plaint depuis 3 mois de douleurs dans le bas-ventre, plus marquées à gauche ; gêne à la miction. Antérieurement bien réglée, elle voit maintenant ses règles toutes les 3 semaines ; durée 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches ; pas d'amaigrissement ; pas constipée. Une seule fille ; pas de fausses-couches. Au toucher : grosse masse remplissant tout le petit bassin ; gros fibrome de l'isthme et du corps. On fait ce même jour un prélèvement de mucus intra-utérin. Réponse 7 jours après : culture négative. Pour plus de sûreté on fait un 2^e examen le 21 septembre : même réponse qui est encore confirmée par un 3^e examen le 27 septembre. Opérée dans le service d'hôpital du Dr Morice à Caen le

8 novembre 1927. Ablation d'un fibrome de la grosseur des 2 poings situé dans la paroi postérieure de l'utérus ; extériorisation par clivage ; ovariectomie bi-latérale. Trois jours après l'intervention on fait une nouvelle prise de mucus et on envoie ce prélèvement au Laboratoire. Réponse 5 jours après : présence de streptocoque. On ne fait pas faire de vaccin, préférant attendre. Le 18 novembre (10^e jour), petite embolie pulmonaire ; on conseille l'immobilité et on lui fait un peu d'ouabaïne. Le 14^e jour se déclare une phlébite de la jambe droite. On ne fait pas de vaccin. Six semaines après l'intervention, la jambe est bien désenflée. On fait une nouvelle prise de mucus ; sur la réponse positive, on fait une série d'ampoules d'auto-vaccin. La malade peut sortir le 30 janvier 1928. Nous la revoyons en juillet ; elle ne souffre plus du tout de sa jambe ; nous lui faisons une nouvelle prise de mucus utérin ; la réponse nous en revient négative.

Cette observation nous montra que, souvent, 2 et même 3 prises de mucus pouvaient ne pas déceler de microbes. Il est en effet compréhensible que la pipette ne fouille qu'une très petite surface de la muqueuse utérine. D'où la nécessité de procéder à des prises de mucus répétées.

Obs. XIV (A. MORICE). — Madame E..., 36 ans.

Entre à l'hôpital dans le service du Dr Morice le 30 janvier 1928 pour fibrome. Deux enfants vivants ; pas de fausses couches ; un enfant décédé à 12 jours (convulsions ?) Depuis, elle a toujours souffert du ventre ; leucorrhée. Depuis 2 ans, règles plus abondantes et métrorragies ; depuis 5 mois hémorragies à répétition ; pesanteur dans tout le bas-ventre. Peu constipée ; urine fréquemment. Ethylisme. Examen : col régulier ; culs-de-sacs inexistants. Douglas rempli par une masse dure. Mobilisation difficile et douloureuse. On fait, ce même jour, un prélèvement de mucus intra-utérin : en 5 jours il a poussé du streptocoque. On fait faire un auto-

vaccin et on pratique une série de 20 injections de cet auto-vaccin à raison d'une tous les 2 jours. Opérée le 15 mars après qu'un nouveau prélèvement de contrôle fut revenu négatif. Hystérectomie subtotale pour fibrome. Les suites opératoires furent très normales. La malade put sortir le 18^e jour.

Obs. XV (A. MORICE). — Mlle D., 40 ans.

Consultation le 12 août 1927. Souffre depuis 3 ans dans la région sous-ombilicale. Bien réglée, pas de douleurs. Pas constipée, urines claires ; anorexie récente. A légèrement maigri depuis quelque temps. Pas de métrorragies, pas de pertes blanches. Aucun antécédent pathologique : ni enfants, ni fausses couches. L'examen décèle une très grosse masse située dans l'abdomen et atteignant le creux épigastrique : masse dure ; on n'éveille aucune douleur au toucher. On pense à un fibrome utérin. Ce même jour on pratique une prise de mucus intra-utérin. Quatre jours après, réponse du Laboratoire : examen et cultures négatives. On refait une 2^e prise également négative le 2 septembre. Enfin un 3^e prélèvement le 15 septembre : réponse positive : présence de streptocoques en culture. On commence une série d'ampoules d'auto-vaccin le 16 septembre, finie le 24 octobre, à raison d'une ampoule tous les 2 jours. Elle entre à l'hôpital le 7 novembre ; opérée le lendemain : fibrome volumineux. Hystérectomie subtotale. Après l'intervention on incise l'utérus enlevé, on râcle la muqueuse principalement au niveau des cornes ; on recueille le mucus ainsi obtenu et on fait ensemençer des tubes de bouillon bilié au Laboratoire. Six jours après réponse : culture et examen négatifs. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 8 décembre.

Obs. XVI (A. MORICE). — Madame Ch., 31 ans.

Se présente à la consultation du 7 août 1927. Etant en villégiature au bord de la mer, elle a été prise d'une hémorra-

gie profuse 3 semaines auparavant ; celle-ci s'est produite 8 jours après la fin de ses règles et pendant ces 8 jours elle n'avait eu aucune perte. Quelques mois auparavant, elle avait été consulter à Lyon sur la nature d'une masse abdominale légèrement douloureuse ; cette masse dure, médiane, enclavée, sous-ombilicale, un peu douloureuse sur le flanc droit serait apparue brusquement, comme si elle avait été énucléée du petit bassin. On lui avait conseillé alors un traitement radiumthérapique. Comme antécédents, à signaler simplement une bartholinite récidivante à droite depuis dix ans. L'examen décèle en effet cette masse et le diagnostic de fibrome est posé. Aucun prélèvement intra-utérin n'est pratiqué. La malade entre en clinique le lendemain. Elle est opérée le 10 août. On trouve en effet un fibrome utérin assez volumineux ; hystérectomie subtotale avec conservation de l'ovaire gauche. Après l'intervention, on incise l'utérus enlevé, on râcle la muqueuse utérine et on envoie le produit ainsi obtenu au laboratoire pour ensemencement. Réponse 5 jours après, le 15 août : présence de streptocoques en culture. Le 18 août, léger œdème de la jambe gauche ; température vespérale 38°. On fait le soir même une 1^{re} injection d'auto-vaccin. Le 20 (10^e jour) 37°8 ; on fait la 2^e injection d'auto-vaccin. Le 12^e jour, température 37°5 ; l'œdème a diminué notablement ; il a disparu le 14^e jour et la température se maintient les jours suivants entre 36°7 et 37°2. On continue à faire une série de 12 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. La malade sort le 15 septembre sans température et ne se plaignant plus de ses jambes.

Obs. XVII (A. MORICE). — Mme E..., 43 ans.

Se présente à la consultation du 13 octobre 1928. Elle présente depuis plus de 3 semaines des hémorragies qui l'ont extrêmement affaiblie. Depuis quelques mois d'ailleurs, ses règles sont très inconstantes ; elle n'y prenait pas garde, mettant cela sur le compte de la ménopause. Pas de pertes blan-

ches, mais parfois sensation de lourdeurs dans le bas-ventre. Antécédents : à la suite d'un de ses accouchements elle a fait une phlébite. Jamais de fausses-couches. Examen ; utérus augmenté de volume et de la grosseur du poing ; des 2 côtés, on sent les trompes légèrement hypertrophiées. On fait une prise de mucus. Réponse du laboratoire cinq jours après : présence de streptocoques en culture. On commence une série d'injections d'auto-vaccin le 20 octobre. Comme dans nos autres cas il n'y a aucune réaction. Nous continuons à injecter 1 cc. tous les 2 jours jusqu'au 15 novembre. Opération le 17 novembre : utérus fibromateux sans adhérences ; hystérectomie subtotal. Après l'intervention l'utérus enlevé est incisé : on fait un grattage de la muqueuse utérine et on envoie ce produit au laboratoire de bactériologie. Quelques jours après nous apprenons que les tubesensemencés sont restés stériles. D'ailleurs les suites opératoires furent très normales ; la température ne dépasse pas 37°4.

Obs. XVIII (A. MORICE). — Mme L..., 56 ans.

Vient à la consultation du 23 novembre 1928. Douleurs dans le périnée depuis plus d'un an ; serait tombée sur cette région il y a près de 3 ans. Jamais constipée ; au contraire depuis 4 mois, selles très fréquentes : quelquefois jusqu'à dix par nuit ; aurait eu une fois du sang. Elle a beaucoup maigri et est très affaiblie. Se plaint également de métrorragies depuis 2 à 3 mois : celles-ci l'ont surprise car elle n'avait pas revu ses règles depuis dix ans. Quelques pertes blanches. Quatre enfants, suites normales ; pas de fausses-couches. Au toucher vaginal, on sent l'utérus augmenté de volume, les culs-de-sacs douloureux semblent occupés par 2 petites masses molles. La mobilisation de l'utérus est rendue impossible par suite d'adhérences avec une autre tumeur, qui semble rectale. Au toucher rectal on sent en effet cette tumeur à bout de doigt, fixée, occupant surtout la paroi antérieure. Ce même jour on fait une prise de mucus utérin

qui révèle en culture, après 48 heures, du streptocoque. On fait immédiatement une série d'injections d'auto-vaccin à raison d'une tous les jours. Finie le 24 décembre.

La malade nous fait remarquer que ses métrorragies n'ont pas reparu depuis le commencement de cette vaccination. Était-ce coïncidence ? ou faut-il croire que la vaccination avait fait disparaître les agents d'infection locale ? Opération le 28 décembre. On trouve un utérus fibromateux dont les annexes recouvrent 2 kystes séro hématiques des ovaires. Je ne donne pas le détail, trop long, de l'opération rendue très difficile par la coexistence de cette tumeur rectale que l'on résèque. Hystérectomie totale. Une biopsie de l'utérus nous prouvait la nature fibreuse de ses parois, tandis que la tumeur rectale se confirmait : épithélioma glandulaire. Le produit du râclage post-opératoire de la muqueuse de l'utérus enlevé, envoyé au laboratoire pour culture ne nous révéla rien. Malgré le grand délabrement opératoire, les suites furent très normales. Aucune infection locale, pas de menace de phlébite. La malade sort le 4 février.

Obs. XIX (A. MORICE). — Mme C., 47 ans.

Se présente à la consultation le 22 septembre 1928. Forte pesanteur dans le ventre, augmentation du tour de taille. Elle craint d'être enceinte ; cependant ses règles persistent et sont même très abondantes. 2 enfants, accouchements normaux. Au toucher : gros utérus dépassant l'ombilic ; très irrégulier, bosselé, plus volumineux à droite. Fibrome. On fait un prélèvement de mucus utérin, mais la pipette ne pouvant dépasser la cavité cervicale, la culture reste négative.

On refait le 18 octobre un 2^e prélèvement, avec une pipette à extrémité un peu incurvée ; on réussit à pénétrer dans la cavité même du corps de l'utérus. Le mucusensemencé sur bouillon décele la présence de streptocoques. On fait un auto-vaccin et on commence une série de 15 injections d'auto-vaccin. Aucune réaction fébrile ni douloureuse. Opé-

ration le 23 novembre 1927, après avoir fait un prélèvement qui prouve qu'il n'y a pas de streptocoques. On trouve un gros utérus du volume d'une tête d'adulte. Appendicectomie. Après l'intervention on incise l'utérus enlevé et on envoie au laboratoire pour culture le produit du râclage de la muqueuse utérine. Il ne pousse rien. Les suites opératoires sont d'ailleurs normales : 37°5 le lendemain soir puis 37°3 et la température se maintient aux environs de ce chiffre. La malade sort guérie le 15 décembre.

Obs. XX (A. MORICE). — Mme Ch..., 45 ans.

Vient consulter le 12 septembre 1928 pour son amaigrissement ; a perdu 3 à 6 kilos depuis un an. Est bien réglée ; durée 3 à 4 jours, peu abondantes. Jamais de métrorragies. Peu ou pas de pertes blanches. Urines généralement claires ; pas de pollakiurie. Depuis une dizaine d'années, souffre d'entente. Rarement de nausées, pas de vomissements. Accouchement il y a 22 ans ; pas de fausses-couches. A l'examen, point douloureux léger dans la fosse iliaque droite. On remarque une masse dure et mobile au-dessus du pubis et un peu à droite. Au toucher on trouve un col un peu dur mais régulier. Utérus plus gros que le poing, fibromateux. Relié au fond utérin par un court pédicule se trouve un petit fibrome qui est identifié avec la petite masse sentie au palper abdominal. On fait une prise de mucus utérin. On trouve en culture, après 3 jours, du streptocoque associé à du staphylocoque. On fait une série de 12 injections d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Pour contrôle nous faisons un nouveau prélèvement : réponse 6 jours après, présence de streptocoque. Nouvelle série de 15 ampoules d'auto-vaccin et le résultat d'un nouveau prélèvement de contrôle étant négatif on opère le 21 décembre. Petit fibrome pédiculé implanté sur le fond utérin. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales. Ni réaction fébrile, ni douleur locale, ni œdème des jambes. La malade sort guérie le 15 janvier.

Obs. XXI (A. MORICE). — Mlle B. ., 38 ans.

Consultation du 24 mai 1927. Règles plus abondantes depuis 2 à 3 ans ; durée 8 jours et plus. Cependant sans avance. Augmentation de volume du ventre constatée depuis plusieurs mois. Gêne et envies plus fréquentes d'uriner. Ni accouchements, ni fausses-couches. Au toucher pratiqué avec difficulté vu la présence d'un hymen à perforation étroite ; on trouve un utérus gros et irrégulier, antéversion. On pense à un gros fibrome. 1^{re} prélèvement intra-utérin le 10 juin, culture négative. Un 2^e prélèvement est fait le 20 juin, cette fois en 5 jours réponse, présence en culture de streptocoque pur. On fait faire un auto-vaccin. 1^{re} injection le 25 juin, aucune réaction. La 2^e a lieu le 27. Puis arrêt à l'occasion de l'apparition des règles. Injections reprises tous les 2 jours à partir du 8 juillet. Arrêt le 30. Intervention le 5 août. On trouve en effet un gros utérus fibromateux appuyé sur la vessie. Hystérectomie subtotale. L'utérus incisé après l'intervention, on râcle la muqueuse et on envoie le produit obtenu, au laboratoire. Les tubesensemencés restent stériles. Suites opératoires absolument normales. La malade sort le 15^e jour.

Obs. XXII (A. MORICE). — Mme G..., 41 ans.

Consultation du 15 janvier 1927. S'est aperçue, il y a environ un an, d'une petite « tumeur au niveau du nombril » et un peu à droite. Depuis cette date légère diarrhée, selle molle le matin. Les règles, qui jusqu'alors étaient très normales deviennent plus fréquentes et plus abondantes, mais à peine douloureuses. Pas de leucorrhée ; pas d'enfants pas de fausses-couches. Très bonne santé. On remarque un abdomen distendu par une grosse masse dépassant de 5 cm. l'ombilic, masse irrégulière. Au toucher : col petit, rien dans les culs-de sacs qui se laissent facilement déprimer. Depuis toujours varices des membres inférieurs. Mucus uté-

rin pris à la pipette et envoyé au laboratoire le 16 janvier 1927 pour culture. Réponse le 21 : présence de streptocoques. Le 22, première ampoule d'auto-vaccin, puis une tous les 2 jours jusqu'au 15 février ; ce jour-là nous avons la réponse d'un ensemencement de mucus utérin du 8 : cultures stériles. On arrête la vaccination et on opère le 17. Gros fibrome, hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales. Aucune infection. La température n'a pas dépassé 37°. Rien du côté des membres inférieurs. Sortie le 9 mars. Revue le 8 avril 1928 : excellent état de santé.

Obs. XXIII (A. MORICE). — Mme C..., 44 ans.

Consultation du 18 août 1927. Règles abondantes et rapprochées ; un peu de leucorrhée. Augmentation de volume du ventre. Malade sortant d'un service d'hôpital où elle était en observation pour troubles mentaux ; B. W. : 0 ; alcoolisme chronique. Mariée, pas d'enfants. Au toucher, on sent un gros utérus fibromateux, basculé en arrière ; le cul-de-sac postérieur en est rempli. Prélèvement de mucus utérin ce même jour ; réponse le 9 : examen négatif, culture : présence de streptocoques. On fait une série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Puis le 20 octobre, un nouveau prélèvement étant négatif, on décide l'intervention pour le 25. On trouve en effet un gros utérus fibromateux qui est enlevé : hystérectomie subtotale. Suites opératoires absolument normales. Sortie le 18^e jour.

Obs. XXIV (A. MORICE). — Mme Ch..., 43 ans.

Consultation le 19 août 1927. Opérée déjà en 1920 par le Dr G., pour kyste de l'ovaire droit et appendicite. Depuis 5 mois, règles plus abondantes prolongées et un peu douloureuses. Dernières règles 11 juillet et 2 août, celles-ci ayant duré 10 jours. Accouchement normal il y a 20 ans. Palpation : ventre souple, peu douloureux ; on sent une masse dure un peu sensible à droite et au-dessus du pubis. Toucher :

col normal ; gros utérus fibromateux remontant à droite à mi-distance de l'ombilic et du pubis. Prise de mucus utérin le même jour ; réponse 6 jours après : culture négative. Nouvelle prise le lendemain : réponse le 3 septembre : culture stérile. Un 3^e prélèvement le 5 septembre ne décèle aucun microbe après une culture de 8 jours. On intervient le 15 septembre. Hystérectomie subtotale. Après l'opération le produit du râclage de la muqueuse utérine est envoyé au Laboratoire pour culture. 8 jours après les tubes sont tous stériles. Les suites opératoires furent d'ailleurs très normales.

En citant cette observation j'ai voulu montrer un cas où la cavité utérine s'est révélée indemne de toute infection secondaire et où après l'intervention les suites furent des plus régulières. Je pourrais citer ainsi plus de 25 observations de fibromes dans lesquelles les cultures de mucus utérin restèrent stériles et où les suites opératoires furent très simples. Je tiens à citer encore les deux suivantes.

Obs. XXV (A. MORICE). — Mme L..., 49 ans.

Vient à la consultation du 5 janvier 1927. Depuis 8 mois, règles augmentées de durée : les dernières 8 jours au lieu de 3. Comme cela persiste, elle s'inquiète. Pas de leucorrhée. Au toucher combiné avec le palper : petit fibrome sous-séreux de la grosseur d'une mandarine. On fait un premier prélèvement ce même jour, qui reste stérile en culture. Un second pratiqué le 15 donne le même résultat. Et un troisième après 8 jours de culture, ne donne rien non plus. Intervention le 2 février. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires absolument normales.

Obs. XXVI (A. MORICE). — Mme D., 43 ans.

Consultation du 10 août 1928. Epreuve depuis environ 10 mois de la gêne pour uriner ; ses urines deviennent un peu troubles ; mictions plus fréquentes. Depuis 4 mois rè-

gles durent plus longtemps. Elle a quelques pertes blanches. A déjà été soignée autrefois (une quinzaine d'années) pour péritonite tuberculeuse. Au toucher : on sent une masse en avant de l'utérus, par le palper combiné on peut diagnostiquer un fibrome pédiculé de l'utérus. 3 prises de mucus utérin effectuées à 10 jours d'intervalle furent négatives. On opère cette malade le 22 septembre 1928. On trouve en effet un fibrome pédiculé fixé sur le fond utérin. Hystérectomie subtotale. Le soir 37°5 ; le lendemain 37°8. Puis la température revient à la normale. Sortie le 18^e jour.

Obs. XXVII (A. MORICE). — Mme P. ., 42 ans.

Consultation le 8 mars 1927. Se plaint de métrorragies, quelques pertes blanches et surtout augmentation de volume du ventre avec perception, au palper, de petites tumeurs. En effet au simple palper abdominal (la paroi est très souple) on trouve de petits fibromes sous séreux au nombre de 4. Au toucher : utérus mobile, les fibromes font bien corps avec l'utérus. Antécédents : ni enfants, ni fausses-couches, Varices. On fait une prise de mucus utérin qui donne en culture du streptocoque ; le 15 mars on commence une série de 15 ampoules d'auto-vaccin à raison d'une tous les 2 jours. Aucune réaction pendant la vaccination. Le 23 avril 1927 : hystérectomie subtotale ; on a trouvé en effet 4 petits fibromes sous-séreux. Après l'intervention on fait une prise de mucus dans l'utérus incisé. Rien ne pousse dans les tubes ainsi ensemencés. Suites opératoires complètement apyrétiques. Sortie le 15^e jour. Revue le 26 octobre 1928, en excellent état : ses varices sont moins gonflées, dit-elle.

Obs. XXVIII (A. MORICE). — Mme B..., 33 ans.

Consultation du 9 août 1927. Véritables hémorragies au moment de ses règles pas de pertes blanches quelques douleurs à droite. Au toucher : plusieurs masses fibromateuses, une grosse à gauche, une autre à droite moins volumineuse.

Les culs-de-sacs sont douloureux tous les 2 ; masse salpingienne droite. Col déchiqueté légèrement ramolli. Deux enfants. 1^{er} prélèvement de mucus est négatif le 19 août. 2^e prélèvement négatif le 1^{er} septembre. 3^e prélèvement négatif le 13 septembre. 4^e prélèvement négatif le 24 septembre. On fait alors entrer la malade à l'hôpital. Intervention le 18 octobre ; utérus fibromateux et kystes hématiques ; hystérectomie subtotale. Prélèvement de mucus utérin sur l'utérus ouvert.

Réponse 3 jours après : présence de streptocoques en culture. Le 9^e jour la température monte à 38°3 ; ventre souple ; phlébite jambe gauche. On fait une 1^{re} piqûre d'auto-vaccin puis une 2^e 2 jours après, et une 3^e 4 jours après. Le 15^e jour après l'intervention la température est retombée à la normale, la jambe est désenflée. La malade sort guérie le 20^e jour. Revue le 7 décembre, en excellent état.

Obs. XXIX (A. MORICE). — Madame L. , 46 ans.

Vue le 17 août 1928 pour pesanteur dans le bas-ventre, constipation et règles abondantes. Peu de pertes blanches. Antécédents : 3 accouchements normaux, 1 fausse-couche. Au toucher : on trouve un gros utérus fibromateux, très nettement visible déjà à l'inspection. On fait une prise de mucus utérin qui, cultivé, donne en 5 jours du streptocoque. On fait une série de 15 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Arrêt le 3 septembre pendant les 5 jours menstruels, puis reprise le 9. Intervention le 27 septembre. Gros fibrome pesant 2 kg. 750. Hystérectomie subtotale. Après l'opération on gratte la muqueuse utérine et on commence des tubes de gélose avec ce produit. Il ne pousse rien. Suites opératoires très normales ; la température atteint 37°6 le 2^e jour puis redescend et ne dépassera plus 37°3. Sortie le 15^e jour.

Obs. XXX (A. MORICE). — Madame B..., 41 ans.

Vue le 13 octobre 1928. Ancienne cicatrice pour appendicite en 1909. Ses règles deviennent plus rapprochées : tous les 21 à 25 jours, durant 5 à 6 jours, et cela depuis un an environ. Pas de pertes blanches ; pas d'augmentation de volume du ventre. Au toucher, on sent un utérus fibromateux, un peu augmenté de volume. Une 1^{re} prise de mucus utérin ne décele rien après 7 jours de culture. Une 2^e pratiquée le 24 octobre révèle du streptocoque en 5 jours. On fait 18 injections d'auto-vaccin. Puis on fait un prélèvement de mucus pour contrôle : il se révèle négatif. Intervention le 15 décembre. Hystérectomie subtotala. Suites opératoires sans fièvre. La malade sort le 18^e jour.

Obs. XXXI (A. MORICE). — Madame F..., 51 ans.

Consultation du 23 mai 1928. Augmentation de volume du ventre, gêne à la miction. Les règles sont plus abondantes, mais n'ont jamais été bien régulières. Deux enfants et deux fausses-couches. Au toucher on sent un utérus augmenté de volume, fibromateux et antéversé. On fait une prise de mucus utérin qui donne en culture le 29 mai du streptocoque. On fait une série de 15 ampoules d'auto-vaccins, une tous les 2 jours. Le 2 juillet, un nouveau prélèvement ayant été encore positif au streptocoque, on refait une série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Intervention le 13 août : hystérectomie subtotala. L'utérus incisé après l'opération, on gratte la muqueuse et on envoie ce produit au Laboratoire pour culture : les tubes après 8 jours sont toujours stériles. Suites opératoires sans fièvre. La malade sort guérie le 17^e jour.

Obs. XXXII (A. MORICE). — Mme C..., 50 ans.

Consultation le 18 avril 1927. S'est aperçue il y a 2 mois d'une augmentation de son tour de taille. Aucune douleur, seulement une pesanteur. Bien réglée encore, ne perd ja-

mais entre ses règles. Pas de pertes blanches. Pas constipée. Bon appétit. Cependant amaigrissement. Fréquents besoins d'uriner, urines claires. Au palper : grosse masse médiane dure et indolore, mobile. Toucher : col dur, s'évasant aussitôt. Les culs-de-sacs vaginaux sont remplis. Compression de la vessie et de l'urètre. Un accouchement suivi d'une phlébite. Diagnostic : gros fibrome. On fait une prise de mucus utérin ce même jour. Réponse du Laboratoire 3 jours après : examen direct négatif, culture : streptocoques nombreux et quelques rares staphylocoques. On fait une série de 15 ampoules d'auto vaccin terminée le 25 mai. On fait, pour contrôle, une nouvelle prise de mucus qui estensemencée le 9 juin ; réponse en 6 jours : négative. Opération le 17 juin : gros fibrome comprimant les organes voisins, surtout en avant. Hystérectomie subtotala. Pour plus de sûreté on envoie pour culture le produit de grattage de la muqueuse de l'utérus enlevé : dix jours après les tubes sont restés stériles. Malgré les antécédents d'une phlébite post-partum, les suites opératoires furent très normales ; aucune réaction à signaler. Sortie le 2 juillet.

Obs. XXXIII (1) (A. MORICE). — Mme Madeleine V..., 46 ans.

Consulte et entre à l'hôpital le 5 août 1925. Aucun passé génital, ni enfants, ni fausses-couches. S'est aperçue en novembre 1924 de la présence d'une tumeur abdominale. Depuis 1 an, ses règles sont plus abondantes et prolongées. Depuis janvier 1925, perd quelquefois en dehors des règles. Douleurs intenses, sous forme de coliques expulsives au moment des règles. Pas de leucorrhée. Le palper abdominal montre une tumeur volumineuse remontant à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic, tumeur mobile, non doulou-

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites, après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins*.

reuse. Au toucher : col normal, non dévié ; la tumeur fait corps avec l'utérus. Excellent état général. Métrorragies peu abondantes. Diagnostic : fibrome. Prélèvement, le 10 août 1925, de mucus utérin, après dilatation du col avec petites bougies d'Hégar. Présence de streptocoque dans le mucus. Auto-vaccin : du 16 août au 9 septembre. Intervention le 11 septembre. Hystérectomie subtotale. Le lendemain température 38°1 ; puis dès le 3^e jour la température est normale. Sort guérie le 17 octobre.

Obs. XXXIV (1) (A. MORICE). — Mme J. L..., 49 ans.

Entre en clinique le 15 septembre 1925 avec diagnostic de fibrome. 3 enfants et une fausse-couche ; à la suite du 1^{er} en 1912 : phlébite, après le 3^e, en 1917 autre phlébite. Léger amaigrissement depuis 1 an ; un peu anémiée. Métrorragies abondantes depuis octobre 1924 avec douleurs pelviennes surtout à gauche ; pas de pertes blanches. Toucher : col normal, un peu induré. Dans le cul-de-sac droit masse dure, du volume d'une grosse orange, indolore ; à gauche masse dure, plus petite. Ces 2 tumeurs font corps avec l'utérus. Œdème des membres inférieurs ; varices volumineuses à gauche. Pas d'albuminurie. Prélèvement intra-utérin le 18 septembre 1925, présence de streptocoque. 1^{re} injection d'auto-vaccin le 25 septembre, puis une tous les 2 jours jusqu'au 22 octobre. Intervention le 25 octobre. Hystérectomie subtotale pour 2 fibromes de chaque côté de l'utérus. Le lendemain température 38°3 qui redescend rapidement les jours suivants. Aucune complication. Sort guérie le 29 novembre 1925.

(1) Citée par G. MORIN, dans *Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

Obs. XXXV (1) (A. MORICE). — Mme Thérèse G ..., 50 ans.

Hôpital le 10 décembre 1925 pour fibrome. Après un accouchement en 1906, phlébite Amaigrissement notable (6 kg.) depuis 6 mois, anémiee A commencé à perdre du sang en août 1925 en dehors des règles. Celles-ci devenaient plus abondantes et durent 10 jours au lieu de 5. Douleurs continuelles, pesanteur dans le petit bassin avec quelques crises violentes. Douleurs irradiées le long de la face postérieure de la cuisse gauche. Jamais de pertes blanches. Au palper : tumeur volumineuse dépassant largement l'ombilic, un peu à gauche, dure et bosselée. Toucher : cette masse fait corps avec l'utérus. Les culs-de-sacs (sauf l'antérieur) ne peuvent être déprimés. Membre inférieur gauche légèrement augmenté de volume, œdématié. Varices légères à gauche Pas d'albuminurie. Le 12 septembre 1925 prélèvement intra-utérin ; absence de streptocoques. Le 17 décembre second prélèvement : présence de streptocoque. Le 25 une injection d'auto-vaccin ; légère réaction fébrile. Nous continuons cependant à raison d'une ampoule tous les 2 jours ; la température d'ailleurs ne monte plus dès la 3^e piqûre. Fin le 20 janvier 1926. Intervention le 21 : hystérectomie subtotal. Suites opératoires sans incidents. Sort guérie le 27 février.

Obs. XXXVI (1) (A. MORICE). — Mlle Le P..., 38 ans.

Hôpital 4 mars 1926. Depuis 6 mois règles prolongées et plus abondantes. Douleurs continuelles, abdomino-pelviennes, exacerbées en crises très douloureuses au moment des règles. Dysurie ; pollakiurie. Constipation opiniâtre depuis un mois ; leucorrhée peu marquée. Palper : petite tumeur abdominale jusque 3 travers de doigt au-dessus de la

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

symphyse, assez mobile, dure et régulière. Toucher : col petit, repoussé fortement en arrière par une tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac antérieur et peut facilement être mobilisé. Bon état général. Ni enfant, ni fausses-couches. Traces d'albumine. Le 5 mars prélèvement intra-utérin. Présence de streptocoque. Le 14 mars, 1^{re} injection d'auto-vaccin ; aucune réaction ; on continue ainsi pendant 3 semaines une ampoule tous les 2 jours. Intervention le 7 avril 1926 : hystérectomie subtotalé ; fibrome multilobé. Légère hyperthermie pendant 3 jours (37°8) ; suites opératoires excellentes. Sort guérie le 22 avril 1926.

Obs. XXXVII (1) (A. MORICE). Mlle L..., 37 ans.

Entre en clinique le 28 mars 1926. A eu un enfant mort-né ; pas de fausses-couches, pas de phlébite. Depuis 3 ans hémorragies en dehors des règles ; celles-ci sont très abondantes et douloureuses. Brûlure à la miction. Constipation opiniâtre. Amaigrissement considérable. Palper : le fond utérin remonte à 3 travers de doigt de l'ombilic ; l'utérus fait saillie sous la paroi ; il est mobile latéralement. Toucher : utérus gros, bosselé à sa partie postéro-inférieure qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur. Fibrome. 1^{er} prélèvement intra-utérin le 5 avril 1926 : absence de streptocoques. 2^e prélèvement le 15 avril : présence de streptocoques. On fait une série de 15 injections d'auto-vaccin, une tous les 2 jours ; aucune réaction. Intervention le 16 mai : hystérectomie subtotalé. Suites opératoires très normales. Sort guérie le 13 juin 1926.

Obs. XXXVIII (1) (A. MORICE). — Mme S... B., 42 ans.

Entre en clinique le 23 janvier 1926 pour fibrome. Aurait eu une phlébite il y a 2 ans ; pas de fausses-couches. Depuis

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

7 mois violentes douleurs dans le bas-ventre qui l'obligent à s'aliter au moment des règles qui sont très pénibles. Les règles ne sont pas prolongées mais très abondantes. Une seule métrorragie en septembre 1925. Dysurie légère. Pas de leucorrhée. Toucher : utérus un peu gros ; dans le Douglas, masse dure, arrondie, bosselée à sa partie inférieure, faisant corps avec l'utérus. Diagnostic : fibrome. Le 24 janvier : prélèvement intra-utérin. Présence de streptocoques. Le 31 janvier 1^{re} injection d'auto-vaccin que l'on continue tous les 2 jours jusqu'au 25 février, sans incident. Intervention le 26 février. Hystérectomie subtotale. Aucune suite fébrile ; rien à signaler. La malade sort guérie le 20 mars 1926.

Obs. XXXIX, (1) (A. MORICE). — Mme Odette F., 38 ans.

Entre en clinique le 8 mars 1926 pour fibrome. Vers la fin de 1925, a remarqué une petite masse dure située dans le bas-ventre et augmentant progressivement de volume. Douleurs de plus en plus vives. Règles très abondantes ; pas de pertes blanches. Une phlébite en 1920, après une fausse-couche. Au palper : tumeur régulière, mobile, atteignant l'ombilic. Toucher : les culs-de-sacs sont libres ; le col suit les mouvements imprimés à la tumeur. Prélèvement intra-utérin le 11 mars. Présence de streptocoques. Série de 12 injections d'auto-vaccin, une tous les 2 jours ; fin le 9 avril. Intervention le 11 : hystérectomie totale. Le surlendemain, 38°9 : légère infection pulmonaire ; température normale au 5^e jour. Rien à signaler par ailleurs. Sort guérie le 1^{er} mai 1926.

Obs. XL (1) (A. MORICE). — Mme Ernestine L., 34 ans.

Vient consulter le 15 août 1926 pour douleurs abdominales depuis plus d'un an, surtout au moment des règles, et de

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

plus en plus violentes. Pas de métrorragies ; règles un peu plus abondantes. Elle a fait une crise douloureuse très violente 3 jours auparavant. Toucher : un peu douloureux ; utérus gros et bosselé, dévié à droite. Diagnostic : fibrome. Rien dans les antécédents. Le 17 août prélèvement de mucus utérin : pas de microbes. Le 24 second prélèvement : présence de streptocoque. On fait une série de 10 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Aucune réaction. Intervention le 26 septembre 1926 : hystérectomie subtotale pour gros utérus fibromateux. Aucune élévation thermique ; suites parfaitement normales. Sort guérie le 19 octobre 1926.

Obs. XLI (1) (A. MORICE). — Mme M..., 55 ans.

Vient consulter pour métrorragies abondantes depuis 1 mois, douleurs abdomino pelviennes surtout à droite. 2 crises douloureuses violentes en 1 mois ; pas de leucorrhée. 2 enfants ; aurait eu 3 phlébites. Malade anémiée ; état général médiocre ; membres inférieurs œdématisés et variqueux. Toucher : col dévié vers la gauche ; à droite masse arrondie bombant fortement, dure, régulière, à peu près indolore, fixée, faisant corps avec l'utérus. Le 23 novembre 1925 prélèvement intra-utérin : présence de streptocoque. Série de 12 injections d'auto vaccin, une tous les 2 jours. Intervention le 23 décembre : hystérectomie subtotale. Petit fibrome inclus dans le ligament large droit. Les jours suivants, température oscille autour de 38° puis redevient normale le 3^e jour. Aucune complication post-opératoire. Sort guérie le 20 janvier 1926.

Obs. XLII (1) (A. MORICE). — Mme G..., 40 ans.

Entre en clinique le 14 janvier 1926. En août dernier, s'est aperçue d'une petite tumeur située à gauche, au-des-

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

sous de l'ombilic ; légères douleurs pelviennes ; les règles reviennent tous les 25 jours comme d'habitude mais sont plus abondantes et durent 7 à 8 jours au lieu de 4. Ballonnement abdominal ; pas de pertes blanches. Rien dans les antécédents : pas d'enfant, ni fausse-couche. Excellent état de santé. Crise douloureuse le 8 janvier dernier. Examen : abdomen distendu par grosse masse dépassant l'ombilic de 4 travers de doigt, masse dure et bosselée, pas mobile. Toucher : culs-de-sacs libres ; la tumeur abdominale fait corps avec l'utérus. Léger claquement aortique ; volumineuses varices des membres inférieurs. Le 15 janvier 1926 : prise du mucus utérin. Présence de streptocoque. On fait une série de 12 injections d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Le 15 février : hystérectomie subtotal. La température oscille entre 37°8 et 37°9 pendant les 2 jours qui suivent l'intervention puis retour à la normale le 5^e jour. Aucun incident pendant les suites opératoires. Sort guérie le 19 mars 1926.

Obs. XLIII (1) (A. MORICE). — Mme G..., 51 ans.

Vue en consultation le 15 septembre 1927. Depuis 5 mois, elle a remarqué que ses règles, qui durent maintenant 8 à 9 jours au lieu de 3, se reproduisent plus fréquemment. Quelquefois au bout de 25 jours, d'autres fois 3 semaines. Sensation de pesanteur dans le bas ventre. Son gendre le Dr B. qui nous l'amène a été surtout frappé par l'augmentation de volume du ventre et un peu d'amaigrissement du visage. Toucher : utérus augmenté de volume et de consistance ramollie : on pose le diagnostic de fibrome. Parmi les antécédents : 2 accouchements sans suites. Prise de mucus utérin qui ne donne rien. Le 25 nouveau prélèvement. Six jours après présence de streptocoques en culture. Série d'injec-

(1) Citée par G. MORIN dans *Du Traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes, par les auto-vaccins* (Arnette, éditeur).

tions d'auto-vaccin jusqu'au 4 novembre. Ce jour-là un nouveau prélèvement pour contrôle est négatif. Intervention le 17 novembre. Hystérectomie subtotala. Suites opératoires normales ; aucune réaction fébrile. Sort le 16^e jour.

Obs. XLIV (A. MORICE). — Mme A..., 38 ans.

Consultation du 7 janvier 1928. Pas de pertes blanches, mais véritables hémorragies au moment des règles chez une femme auparavant très bien réglée. Un peu constipée. A eu deux fausses-couches, puis un accouchement. Toucher : petite tumeur accolée à la face postérieure de l'utérus, de la grosseur d'une orange et comprimant le rectum. Diagnostic : fibrome. On fait un prélèvement de mucus utérin ce même jour. Présence de streptocoques. On fait 15 ampoules d'auto-vaccin, chaque ampoule en injection tous les 2 jours. Arrêt le 13 février. Intervention le 17 : petit fibrome sous-séreux inclus dans la face postérieure de l'utérus non loin du fond, et quelques autres petits perceptibles dans l'épaisseur de la paroi. Hystérectomie subtotala. On envoie au laboratoire pour ensemencement le produit du grattage de la muqueuse utérine, sur l'utérus enlevé et incisé. Les tubes restent stériles. Suites opératoires absolument normales, pas de réactions thermiques ni douloureuse. Sortie le 16^e jour.

Obs. XLV (A. MORICE). Mme L..., 47 ans.

Vue en consultation le 2 février 1927. Depuis près d'un an ses règles qui étaient peu abondantes et ne duraient que 2 jours s'étagent sur 5 jours maintenant et ressemblent à de véritables hémorragies ; Toucher : utérus fibromateux un peu augmenté de volume. Prélèvement de mucus utérin ce même jour : présence de streptocoques en culture. Série d'ampoules d'auto vaccin du 12 février au 13 mars. La malade nous dit ce jour qu'elle a bien ses règles, mais contrairement aux précédentes elles ne durent plus cette fois

que 3 jours et sont redevenues normales en abondance. Au toucher il n'y a rien de changé. Intervention le 25 mars : hystérectomie subtotala pour utérus fibromateux. Suites opératoires normales sans fièvre ni douleurs. Sortie le 15^e jour.

Obs. XLVI (A. MORICE). — Mlle P ., 45 ans.

Nous sommes appelé le 16 janvier 1927 auprès de cette malade, femme de chambre, qui a eu une forte hémorragie pendant son ménage. Elle signale que déjà depuis 6 à 7 mois ses règles ont été très abondantes et l'ont obligée à se reposer. Pas d'autres symptômes. Ni enfants, ni fausses-couches. Toucher : utérus augmenté de volume ; sans doute fibrome. Un prélèvement de mucus utérin, fait après l'hémorragie le 21 janvier, révèle en 4 jours du streptocoque. Série d'ampoules d'auto-vaccin, terminée le 3 mars. Un nouveau prélèvement à cette date ne donne aucun résultat. Intervention le 14 mars : hystérectomie subtotala. A l'incision de l'utérus on trouve un fibrome sous-muqueux. Suites opératoires sans rien à signaler. La température se maintient entre 37°2 et 37°6. Sortie le 17^e jour.

Obs. XLVII (A. MORICE). — Mme L..., 37 ans.

1^{re} consultation le 7 octobre 1927. Douleurs dans la fosse iliaque droite de temps à autre. Constipation, souvent nausées le matin. Pesanteur dans le bas-ventre, règles durant un peu plus longtemps de mois en mois. Examen : point de Mac Burney sensible ; mais au toucher on sent un utérus globuleux et de consistance ramollie. On pense à un fibrome et appendicite chronique. Antécédents : une pleurésie à gauche ; 2 accouchements, le 2^e suivi d'une phlébite. Prélèvement de mucus utérin ce même jour : il ne donne aucun résultat. Second prélèvement le 17 : décèle en 6 jours du streptocoque. Série de 15 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Fin le 25 novembre. Intervention le 2 dé-

cembre : hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux. Sur l'utérus enlevé et incisé on gratte la muqueuse et on envoie au laboratoire pour culture de contrôle : rien ne pousse. Suites opératoires normales malgré les antécédents de phlébite. Ni douleur ni réaction fébrile ; la température ne dépasse pas 35°7. Sortie le 15^e jour.

Obs. XLVIII (M. MORICE). — Mme B..., 43 ans.

Consultation le 27 juin 1927. Déjà opérée du sein gauche par le Pr Lecène en 1925, suites très normales. Depuis 2 à 3 mois les règles avancent d'une dizaine de jours et sont plus abondantes ; durée augmentée également. Pas de sang entre les règles, mais pertes blanches. Très affaiblie, un peu amaigrie. Examen : cicatrice du sein gauche allant du mamelon au creux de l'aisselle, pas d'induration des ganglions (sans doute ancien néo). Palpation : masse dans le bas-ventre à droite. Toucher : col mou, irrégulier, un peu cartonné, saignant, le sang venant de la cavité utérine. On fait un curettage le 29 juin et les débris sont envoyés au laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Paris qui répond : épithélioma végétant du corps. On fait alors le 15 juillet une prise de mucus utérin : négative. 2^e prélèvement le 29 : présence de streptocoques. On fait 2 séries de 15 ampoules d'auto-vaccin. Pas de réaction. Le 10 octobre un prélèvement de contrôle revient négatif. Intervention le 3 décembre, 3 semaines après la fin de la vaccination : hystérectomie totale ; quelques adhérences. Le lendemain, T. 37°6, le surlendemain 37°8. Puis la température redescend les jours suivants et se maintient entre 37 et 37°4. Suites normales. Sortie le 21^e jour.

Obs. XLIX (A. MORICE). — Mme G..., 55 ans.

Vue en consultation le 3 juillet 1927. Ne voyait plus ses règles depuis l'âge de 48 ans. Hémorragie il y a 2 mois, qui a duré 3 jours, puis les jours suivants le sang était « mé-

langé à de l'eau sale » ; odeur fétide. Depuis, ces pertes continuent avec quelques rares intervalles. Malade très anémiée ; pas de température. Toucher ; utérus gros comme le poing ; on ramène des lochies fétides. Curettage le 9 juillet ; débris envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique à Paris : image de métrite du corps en voie de transformation épithéliomateuse. On décide une intervention rapide la malade étant très fatiguée.

Après nettoyage soigné du vagin, hystérectomie totale le 15 juillet 1927 ; pas d'adhérences avec les organes voisins, opération rapide. Après l'intervention on ouvre l'utérus enlevé, on gratte sa muqueuse et on envoie ce produit au laboratoire de bactériologie pour ensemencement. Réponse le lendemain : présence de colonies de streptocoques très nombreuses. Étonnés de la rapidité de la culture nous faisons faire d'urgence un auto-vaccin. Le soir même d'ailleurs, T. 37°5, le lendemain 37°7, puis 38°3 : les jours suivants, la température continue à monter progressivement ; cependant le ventre est souple ; la malade a même rendu des gaz le matin du 4^e jour. Mais elle est très shockée et présente les symptômes d'une septicémie puerpérale. Elle meurt en effet le soir même du 4^e jour.

(Voir discussion p. (24))

Obs. L (A. MORICE). Mme D..., 53 ans.

Consultation le 2 juin 1927. Depuis 6 mois, pertes roussâtres suivies d'hémorragies de sang pur, survenues 3 ans après la cessation complète des règles. Douleurs lombaires. Amaigrissement a perdu 8 kilos en 6 mois). Le toucher montre un utérus augmenté de volume, pertes fétides. On pense à un néo du corps. On fait ce même jour un prélèvement de mucus utérin : rien ne pousse en culture. Un 2^e est effectué le 15 juin, même résultat ; rien encore le 4 juillet pour un 3^e. Intervention le 15 juillet (même date que la précédente) ; quelques adhérences avec le rectum ; hystérecto-

mie totale. Après l'intervention on gratte la muqueuse de l'utérus incisé ; on ensemence des tubes de gélose : ils restent stériles. Suites opératoires d'ailleurs très normales. Sortie le 20^e jour.

Obs. LI (A. MORICE). — Mme L..., 49 ans.

Vue pour la 1^{re} fois le 17 août 1927. Depuis 1 an, ses règles arrivent toujours en avance, dit-elle : quelquefois même tous les 15 jours. Entre 2 époques, pertes brunâtres, fétides. Depuis 2 mois environ, constipation, gêne pour uriner. Le toucher montre un utérus augmenté de volume d'où s'écoulent des pertes sanieuses ; la mobilisation de l'utérus est impossible, il semble adhérent au rectum et surtout à la vessie. Etat général bon ; malade assez grasse. On fait un prélèvement de mucus utérin le même jour qui décele du streptocoque. Série de 15 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours ; puis une nouvelle série de 15 terminée le 25 octobre. On fait à nouveau une culture de mucus utérin le 30 octobre : négative. Opération le 25 novembre : utérus difficile à extérioriser, très adhérent, surtout à la vessie ; femme grasse. Hystérectomie totale. Opération durant 1 h. 1/2. Après l'intervention on fait une nouvelle prise de mucus sur l'utérus enlevé et incisé : les cultures restent stériles. Malgré le délabrement opératoire les suites opératoires sont très normales ; la température ne dépasse pas 37°8. Sortie le 21^e jour.

Obs. LII (A. MORICE). — Mme E..., 47 ans.

Vue en consultation le 12 juin 1928. Hémorragies répétées depuis 2 mois 1/2, survenant en dehors des règles. Quelques pertes blanches fétides. Amaigrissement. Douleurs dans tout le bas-ventre et les reins. Au toucher, on sent un utérus un peu gros et ramolli ressemblant à un utérus fibromateux. On fait une prise de mucus utérin : présence de streptocoques. Le 1^{er} juin : curettage ; les débris ramenés sont en

voyés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de Paris, réaction hyperplasique intense du chorion conjonctif : épithélioma du corps. Série de 15 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Opération le 18 juillet 1928 : utérus bosselé ; hystérectomie totale. Après l'intervention le produit du râclage de la muqueuse de l'utérus est envoyé au Laboratoire de Bactériologie : il ne pousse rien. Suites opératoires normales. Sortie le 22^e jour. Revue le 10 octobre 1928 : très bon état général.

Obs. LIII (A. MORICE). — Mme P..., 35 ans.

Vue le 17 août 1926. Hémorragies depuis 2 mois, après ses règles ; pas de douleurs ; quelques pertes blanches. En 1920 pelvi-péritonite soignée par de la glace et du repos. En 1922, salpingite aiguë : glace et repos. Utérus augmenté de volume : on sent entre les lèvres du col une sorte de petit kyste. On l'extirpe. Examiné au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de Paris il se révèle comme étant un débris épithéliomateux du corps utérin. Le 2 septembre prise de mucus utérin : streptocoque. Série de 15 ampoules d'auto-vaccin. Vers la 10^e injection les pertes ont sensiblement diminué. Intervention le 20 octobre : hystérectomie totale pour néo du corps ; quelques adhérences dans le petit bassin. Après l'intervention on ensemence des tubes de gélose avec le produit du râclage de la muqueuse de l'utérus ouvert, ils restent stériles. Suites opératoires très simples. Sortie le 18^e jour.

Obs. LIV (A. MORICE). — Mme D..., 44 ans.

Vue le 4 octobre 1927. Douleurs dans le bas-ventre, gêne pour uriner. Hémorragies survenues entre les règles ; surtout pertes roussâtres fétides. Au toucher : l'utérus ne semble pas augmenté de volume, mais il est empâté et immobilisé ; dans les 2 culs-de sacs on sent la présence de masses de la grosseur de mandarines, adhérentes aux parois du petit bassin. Prise de mucus utérin : streptocoques. On fait une

série de 13 ampoules d'auto-vaccin, une tous les 2 jours. Les pertes blanches diminuent nettement d'intensité. Opération le 17 novembre : on trouve les 2 ovaires néoplasiques. Hystérectomie totale. Le produit du râclage de la muqueuse utérineensemencé ne révèle aucun microbe. D'ailleurs suites opératoires normales malgré le mauvais état général du sujet. La température atteint 38° le 2^e jour puis redevient normale sans qu'il y ait rien à signaler. Sortie le 22^e jour.

CONCLUSIONS

Nous ne voulons pas, de ces seules observations, déduire des conclusions thérapeutiques absolues. Notre documentation n'est pas encore étayée par un nombre suffisant de cas pour pouvoir nous le permettre. Cependant, d'ores et déjà, nous pouvons conclure.

Les opérations gynécologiques voient leurs suites souvent assombries par des complications de toutes sortes ; parmi celles-ci, l'infection tient un rôle étiologique important. La contamination par voie exogène peut être évitée par une stérilisation soignée des instruments, des champs et des compresses, désinfection des mains des opérateurs, gants en caoutchouc, emploi de solutions antiseptiques. Mais, toutes ces précautions ne serviraient à rien si l'on ne se prémunissait contre les risques d'infection que la malade porte en elle. Le nettoyage de la peau et le badigeonnage à la teinture d'iode pour la voie abdominale sont complétés depuis longtemps par la désinfection du vagin et des culs-de-sacs. Nous avons voulu montrer que, dans le même ordre d'idées, il nous avait semblé logique de rechercher si l'organe le plus important de cette région : l'utérus lui-même, ne pouvait, dans certains cas, porter en lui des germes d'infection sans manifestations cliniques.

Cherchant ainsi dans les principales affections gynécologiques pour lesquelles le chirurgien doit intervenir : métrite-salpingites, fibromes et cancers du corps, nous avons trouvé dans plusieurs cas un microbe, le streptocoque, en général à virulence atténuée, et bien qu'aucun

symptôme ne puisse faire penser à cette infection latente. Pratiquant chez chacune de ces malades une vaccination pré-opératoire avec des cultures de leurs propres microbes, nous avons remarqué que les suites de l'intervention étaient absolument normales : sur 44 cas où nous avons pu pratiquer notre auto-vaccinothérapie, nous n'avons pas eu une seule complication, aussi bien locale que générale, alors que dans 7 cas, également positifs au streptocoque, où nous n'avons pas eu les moyens de l'appliquer, nous avons eu de graves perturbations. Nous ne voulons pas affirmer comme règle absolue le résultat de notre seule pratique : nous savons que le nombre de nos observations n'est pas encore assez important ; il en faudra beaucoup d'autres pour juger des résultats thérapeutiques.

Cependant nous avons voulu, dans ce petit travail, montrer tout l'intérêt qu'il y aura, pour le chirurgien, à pratiquer un examen de l'état bactériologique de la cavité utérine, par une prise de mucus intra-utérin pour culture, puis auto-vaccin, systématiquement avant chaque hystérectomie. Nous souhaiterions que cette méthode se généralise pour qu'un plus grand nombre d'observations viennent apporter à cette question les seuls témoignages irrécusables : les faits cliniques.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,

CUNEO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

André MORICE. — Du traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes par les auto-vaccins (*Rapport de M. Auvray à la Société Nationale de chirurgie*, 30 mars 1927).

Guy MORIN. — Du traitement préventif des phlébites après hystérectomies pour fibromes par les auto-vaccins (*Thèse Paris*, avril 1927), Arnette, éditeur).

AUVRAY et BOURSIER. — Précis de Gynécologie.

J. L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.

WILT, STROGANOFF, STRAUSS, SANCHEZ TOLEDO. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale de J. L. Faure et Siredey*, p. 453).

FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie (*Traité de Le Dentu et Delbet*).

J. DUVERGEY. — Les phlébites au cours de l'évolution des fibromes utérins (*Revue de Chirurgie*, t. XLVII, 1913 et *Congrès de Chirurgie*, 1911).

Louis PICOU. — Des phlébites dans les fibromes utérins (*Thèse Montpellier*, février 1927).

WINTER. — Die Mikroorganismen in genital canal des Gesunder Fran (*Zeitschrift für geb. und. gyn.*, 1888).

DÖDERLEIN. — Des Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerpéral Fieber (Leipzig, 1892).

Gynécologie et obstétrique, t. XIII, janvier-juin 1926, p. 123.

Gynécologie et obstétrique, t. VI, juillet-décembre 1922.

DUEMIQ. — Fréquence, formes cliniques et premiers signes de phlébite après les opérations pratiquées sur la zone génitale de la femme (*Pratique Méd. de France*, décembre 1926, n° 10 bis).

MARNARD. — Les vaccinations préventives des complications typiques des opérations chirurgicales (*Praguer's méd.*, 16 janvier 1926).

ALAMAÏTINE et MALLET-GUY. — Indications opératoires dans les fibromes avec phlébites (*Lyon méd.*, 1^{er} mars 1926).

LÉCANTE. — Notions récentes sur les phlébites (*Journal de Médecine française*, 1921, p. 366).

VIGNES — Phlegmatia alba dolens (*Journal des Praticiens*, 1921, p. 609).

LECONTE. — Les formes frustes et larvées des phlébites (*La Médecine*, 1921-22, p. 449).

COUZAIN. — Phlébites pelvaires (*Rev. Cubana de obstetr. y gynecol. Habana*, 1921, p. 46-50).

PIERI. — Phlébite et rétrécissement de l'artère fémorale (*Arch. Ital. de chir.*, décembre 1923, p. 447).

SCHALLENBERGER. — Traitement des phlébites par injections de violet de gentiane (*Surg. Gynec. and obstetr.*, Chicago, septembre 1924).

HARKAVY. — Phlébites et trombo-phlébites (*Med. Journal and records*, juillet 1924).

F. BEZANÇON. — *Précis de Microbiologie clinique*.

A. CALMETTE, L. NÈGRE et A. BOQUET. — *Manuel technique de Microbiologie et de Sérologie*.

ARTHUS. — *Précis de Physiologie microbienne*.

KOLLE et HETSCH. — *Bactériologie expérimentale*.

L. BARD. — *Précis des Examens de laboratoire employés en clinique*.

SACQUÉPÉE. — *Bactériologie. Vaccination. Sérothérapie*.

HUGEL et DELATER. — *Le système veineux normal et pathologique* (Doin, éditeur, 1926).

G. DELATER. — L'insuffisance veineuse (*Soc. de Méd.*, XI^e et XVII^e arr. *Journal médecine de Paris*, 1^{er} février, 2 octobre 1926).

MENDRERA. — Trois cas de phlébite oblitérante (*La Pransa med. Argentina*, 20 août 1923).

DUQUING. — Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires (p. 357), (Masson et C^{ie}, 1929).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Technique.....	13
Salpingo-ovarites chroniques.....	17
Fibromes.....	21
Cancers du corps utérin.....	24
Observations.....	27
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	67

1929 Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.



